CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Formulaire de plainte, demande d'assistance, demande de consultation, demande d'intervention

		Numéro :	
Secteur d'activité :		Plainte : ☐	Assistance : ☐
Objet :		Consultation : ☐	Intervention : ☐

AUTEUR DE LA PLAINTE	
Nom :	Adresse :
Tél. résidence :	
Tél. travail :	Lien avec l'usager (s'il y a lieu) :

IDENTIFICATION DE L'USAGER	
Nom :	Adresse :
Tél. résidence :	
Tél. travail :	No. dossier médical :

EXPOSÉ DES FAITS

Suite au verso…

RÉSULTATS ATTENDUS

❑ CHUL du CHUQ
2705, boulevard Laurier, bureau 5009
Québec (Québec) G1V 4G2
Tél. : 418 654-2211
Téléc. : 418 654-2706
Courriel : Plaintes@chuq.qc.ca

❑ L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ
11, côte du Palais, bureau 1452
Québec (Québec) G1R 2J6
Tél. : 418 691-2994
Téléc. : 418 691-2986
Courriel : Plaintes@chuq.qc.ca

❑ Hôpital Saint-François d'Assise du CHUQ
10, rue de l'Espinay, bureau B1-256
Québec (Québec) G1L 3L5
Tél. : 418 525-4013
Téléc. : 418 525-4047
Courriel : Plaintes@chuq.qc.ca

EXPOSÉ DES FAITS (suite)

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT OU DE L'ASSISTANT DE L'USAGER (s'il y a lieu)	
Nom :	Adresse :
Tél. résidence :	
Tél. travail :	Lien avec l'usager (s'il y a lieu) :

RÉSERVÉ À LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES			
Mode de dépôt :	Verbal ☐	Écrit ☐	
Mode de signalement :	Téléphone ☐	Courrier / télécopieur ☐	Visite / rencontre ☐ Courriel ☐
Date de réception :		Signature :	

SUIVI ET CONCLUSION